

EEN BIJZONDER SYMPOSIUM

M. Prins-Hoekveen*

31 Mei j.l. is er een bijzonder symposium georganiseerd voor wijkverpleegkundigen door het bureau SCEM en in samenwerking met de firma ConvaTec.

100 Wijkverpleegkundigen luisterden hier naar de uitleg door Bianca Koens, Business Unit Manager Wound Therapeutics over het Wond Evolutie Model, dat een aanvulling is op het WCS classificatie model en de Nat-Droog balans.

WOND EVOLUTIE MODEL

Bij het W.E.M. wordt niet alleen gekeken naar de wond als uitgangspunt, maar wordt een meer holistische benadering gekozen waarbij naast de wond, ook de oorzaak en de behandeling hiervan en de zorg van de patiënt wordt meegenomen. Het wondevolutive model is ontwikkeld voor de chronische wond, met name het veneuze ulcus cruris, decubitus en het diabetisch ulcus. Bij ieder van deze wonden is het belangrijkste onderdeel de oorzaak aan te vullen met therapieën zoals de bloedglucoseregulatie bij de diabetische patiënt. Het W.E.M. heeft als doelstelling de wond tot genezing aan te zetten. Als eerste het verwijderen van de necrose in de wond, als tweede het reguleren van de vochtbalans en het biologisch evenwicht in orde te brengen, zodat de meest ideale situatie ontstaat om de wond te laten genezen. Om deze doelstelling te bereiken moeten we kiezen voor de beste methode ofwel de juiste producten bij de juiste indicatie.

INFECTIES BIJ CHRONISCHE WONDEN

Thea Daha-Vuurpijl, Hygiënist Werkgroep Infectiepreventie, hield een lezing over het voorkomen van infecties bij wondgenezing. Aan een infectie gaat een besmetting met micro-organismen vooraf. Het doel van de preventie van infecties is het voorkomen van besmetting, dus het voorkomen van de overdracht van micro-organismen. Als men in aanraking komt met micro-organismen wil dat niet zeggen dat je dan ook automatisch een infectie oploopt. Dat is geheel afhankelijk van de micro-organismen en de gastheer.

Het micro-organisme kan heel virulent zijn. Maar ook het eigen afweermechanisme van de patiënt speelt een rol. De huid is onze barrière, maar bij een wond is deze barrière afwezig, waardoor het binnendringen van de micro-organismen een grotere kans heeft. De preventieve maatregelen bestaan uit het voorkomen van de overdracht van micro-organismen van de zorgverlener naar de patiënt en andersom. Zoals Hepatitis B, de meest voorkomende werkgerelateerde infectie. In de USA overlijden jaarlijks 200 mensen aan een op het werk opgelopen hepatitis B-infectie. Maatregelen ter voorkoming zijn dus van groot belang.

DEBRIDEMENT IN DE PRAKTIJK

Dit was de titel van de lezing van Wilma Verbeek, decubitusconsulent. Zij ziet de wondbehandeling als een grote uitdaging. Maar dat dit pad niet over rozen gaat ondervindt iedereen die zich met wondzorg bezig houdt. Een essentieel onderdeel van de wondzorg is het debrideren. Dit is het verwijderen van lichaamsvreemd en/of gedevaliseerd materiaal, gewond en geïnfecteerd weefsel uit de wond (Whitesite, 1998).

In de WCS-classificatie is het debrideren een onderdeel binnen de zorg voor de zwarte en gele wond. Het wondbedpreparatiemodel (Falanga, 2000), waarbij als doel is gesteld van een chronische wond een acute wond te maken, is een onderdeel van het 4 stappenplan TIME (Tissue, infection/inflammation, Moisture, Edge).

Er zijn diverse methodes om dood weefsel te verwijderen. Het meest

effectief is chirurgisch (snijden), mechanisch (spoelen), autolytisch (lichaam doet het zelf) en biologisch (maden). In de praktijk is de methode die toegepast wordt afhankelijk van het wondtype, de patiënt, de vaardigheid van de behandelaar en de kosten.

Workshops

Daarna werden er in 3 workshops aandacht besteed aan:

NUT EN NOODZAAK VAN WONDREGISTRATIE

Rosalie Hefrich, verpleegkundige Plastische-, Reconstructieve en Kaakchirurgie, hield een betoog over de noodzaak van een goede registratie van wonden. Verpleegkundigen zien dagelijks patiënten met gecompliceerde wonden. Wanneer een passend wondbeleid is vastgesteld wordt het registreren en monitoren van de wond en zijn omgeving en het genezingsproces van essentieel belang. Veel geziene subjectieve rapportages als "de wond is kleiner geworden, of "ziet er goed uit" geven geen adequate informatie over het welzijn van de patiënt en de conditie van de wond. Objectieve gegevens omtrent de genezing van de wond verkrijgen men door de wond gestandaardiseerd te registreren. In de meeste gevallen is de verslaglegging van het wondgenezingsproces niet organisatiebreed gestandaardiseerd en inzichtelijk voor alle betrokkenen bij het zorgproces van de patiënt. De huidige landelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg zoals door de inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) geïnitieerde prestatie-indicatoren, hebben tot gevolg dat de zorg meer transparant wordt. Een wondregistratie systeem is hierbij een



goed hulpmiddel. Registreren, monitoren en evalueren zijn belangrijke peilers geworden in de wondzorg. Zonder te meten kunnen objectieve gegevens niet gegenereerd worden en behoort het evalueren van de effectiviteit van een bepaalde interventie niet tot onze mogelijkheden.

SNEL, GOED EN GOEDKOPER

Henri Post, advanced nurse practitioner, was de leider van de tweede workshop waar het project dat in Purmerend is opgezet onder de aandacht werd gebracht. Het doel van het project was inzicht te geven in de werkwijze, kosten en de procedures rondom wondzorg. Daarnaast werd met deze pilot beoogd de kwaliteit

van zorg te verbeteren, de bureaucratie terug te brengen en de klantvriendelijkheid te verbeteren. De totale wondzorg werd van de huisarts overgenomen door de wijkverpleegkundigen. Het project is door alle betrokkenen als zeer positief ervaren en wordt dan ook volledig geïmplementeerd binnen de gehele organisatie (Evean thuiszorg) regio Zaanstreek.

ZELF AAN DE SLAG MET SCALPEL OF MES OF ?.....

Dit was de titel van de derde en laatste workshop. Hier konden de wijkverpleegkundigen onder leiding van Marja Prins-Hoekveen, stoma- en wondconsulent en bestuurslid van de WCS, dan ook daadwerkelijk zelf

aan de slag met de scalpel. 90 Varkenspoten waren zodanig met een gasbrander bewerkt dat er op elk een flinke necrotische plek was ontstaan. Op gedekte tafels lagen ze te wachten op de handen van de wijkverpleegkundigen. De doelstelling was om op een juiste en efficiënte manier de necrose te verwijderen. Voordat er "gewerkt" kon worden werd er aan de hand van verschillende dia's uitleg gegeven welke wonden er geschikt zijn om een necrotectomie uit te voeren. Niet alle wonden hoeven met het "mes" bewerkt te worden. De diverse manieren werden onder de aandacht gebracht en alle materialen die hier voor nodig zijn konden bekeken en uitprobeerdd worden. Zo was er Eusol voor een chemisch debridement, hydrocolloïd voor de occlusieve manier, Novuxol voor het enzymatisch debridement en dan de scalpels voor de chirurgische manier. Het enthousiasme onder de aanwezigen was groot en voortvarend werd de scalpel dan ook ter hand genomen. Over het algemeen werd het verwijderen van het necrotisch weefsel niet als gemakkelijk ervaren. Veel vragen waren er over de manier van snijden, de hoeveelheid weefsel wat weg gesneden mocht worden, de diepte enz. Na afloop van de workshop was er wel een goed idee ontstaan van deze manier van werken. Tevens werd onder de aandacht gebracht dat het onder de wet BIG niet de bedoeling is dat er nu na 1 maal oefenen op een varkenspoot iedereen ook in de thuiszorg zomaar aan de slag mag gaan. Dit moet in opdracht van de huisarts gebeuren en de wijkverpleegkundigen moeten terdege geschoold zijn om zelfstandig uitvoering te kunnen geven aan het chirurgisch debridement.

CONCLUSIE

Al met al was het een zeer leerzame dag die mede door de organisatie van Margriet Torny, het bureau SCEM, de sponsors, sprekers en workshopleiders tot een succes mag worden genoemd.

Marja Prins-Hoekveen, stoma- en wondconsulent, Hagaziekenhuis Den Haag, bestuurslid van de WCS.